

Más allá del riesgo: Un enfoque crítico sobre la muerte gestacional desde la Medicina Social y la Salud Colectiva Latinoamericana

Ignacio Javier Herrera Soto* • Carolina Tetelboin Henrion**

RESUMEN

Este ensayo teórico compara la visión biomédica predominante de la muerte gestacional con una propuesta teórica anclada en la Medicina Social y la Salud Colectiva Latinoamericana (MSySCL). El análisis problematiza la noción de “factor de riesgo” como elemento explicativo y propone un enfoque basado en la determinación social de la salud, que incorpora la dimensión económica, política e ideológica y cultural, así como contextos estructurales de desigualdad en términos de género, clase social y etnia. Los resultados muestran cómo la racionalidad biomédica, al centrarse en factores de riesgo aislados y ahistóricos, invisibiliza las condiciones estructurales que perpetúan inequidades y violencia obstétrica. En contraste, la perspectiva crítica evidencia cómo la precariedad laboral, las violencias simbólicas y materiales, y las dinámicas de exclusión, social moldean las experiencias de las mujeres que cursan una muerte gestacional. Este enfoque complejo y ético de la MSySCL busca no solo ampliar la comprensión académica del fenómeno, sino también ser un insumo en construcción de políticas públicas inclusivas y transformadoras.

PALABRAS CLAVE: Medicina social, modelo biomédico, muerte gestacional, México.

Beyond risk: A critical approach to gestational death from Social Medicine and Latin American Collective Health

ABSTRACT

This theoretical essay compares the predominant biomedical view of gestational death with a theoretical proposal anchored in Latin American Social Medicine and Collective Health (MSySCL). The analysis problematizes the notion of “risk factor” as an explanatory element and proposes an approach based on the social determination of health, which incorporates the economic, political, ideological and cultural

* Centro de Investigación interdisciplinaria en Salud Territorial (CIISTE), Universidad de Valparaíso. Correo electrónico de contacto: ignacio.herrera@uv.cl

** Departamento de Atención a la Salud, División Ciencias Biológicas y de la Salud, Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco. Correo electrónico de contacto: ctetelbo@correo.xoc.uam.mx

Fecha de recepción: 20 de diciembre de 2024.

Fecha de aceptación: 08 de julio de 2025.

dimensions, as well as structural contexts of inequality in terms of gender, social class and ethnicity. The results show how biomedical rationality, by focusing on isolated and ahistorical risk factors, makes invisible the structural conditions that perpetuate inequities and obstetric violence. In contrast, the critical perspective shows how labor precariousness, symbolic and material violence, and the dynamics of social exclusion shape the experiences of women who die a gestational death. This complex and ethical approach of the MSySCL seeks not only to broaden the academic understanding of the phenomenon, but also to be an input in the construction of inclusive and transformative public policies.

KEYWORDS: Social medicine, biomedical model, gestational death, Mexico.

Introducción

El objetivo de este ensayo es realizar una comparación entre la visión de la muerte gestacional que propone la corriente biomédica y contrastarla con una construcción propia apegada a la visión de la Medicina Social y la Salud Colectiva Latinoamericana (MSySCL).

Si bien la muerte gestacional es un evento biológico, también se requiere abordar su ocurrencia en un contexto político, económico e ideológico-cultural particular en el que ocurre, marcado por desigualdades estructurales de distinta índole, entre las que destacan las de género, clase social y etnia (Viveros Vigoya, 2016).

Comenzaremos revisando los aportes realizados desde la corriente biomédica, abordaremos los factores de riesgo vinculados a la muerte gestacional, también se mencionarán varios hallazgos emanados desde esta corriente. Luego se revisará la propuesta de la MSySCL, revisaremos el concepto de determinación social de la salud, y observaremos una serie de datos de encuestas aplicadas a nivel nacional, así como investigaciones cualitativas en distintos campos sociales en los cuales las mujeres cursan sus embarazos, y que

nos ayudan a complejizar la visión de la muerte gestacional.

Corriente biomédica

Desde la perspectiva biomédica, destacan una serie de artículos y resúmenes ejecutivos, publicados por *The Lancet* el año 2016 que se han convertido en eje rector para los gobiernos y los investigadores de todo el mundo con relación al tema. Desde ese año observamos la preminencia de esta perspectiva en centros universitarios, publicaciones y organismos internacionales, por sobre otras perspectivas que incorporan los componentes sociales en su comprensión.

Desde la perspectiva biomédica y la concepción actual de la epidemiología, la muerte gestacional se define como un evento derivado de la conjunción de múltiples factores de riesgo, tanto biológicos como sociales, que operan de manera causal y se advierten a través de estudios estadísticos. Estos factores se utilizan para establecer la probabilidad de que las mujeres sufran un evento de este tipo. Analizar la teoría del riesgo es clave para comprender la explicación de la ocurrencia

de los procesos de salud-enfermedad según esta corriente, particularmente en el caso de las muertes gestacionales, donde el riesgo se entiende como la probabilidad de ocurrencia, conjugado con una visión factorial de la realidad.

Otra característica de esta corriente es su reduccionismo epistemológico, el que opera frente a una realidad compleja, ésta se reduce a sus interacciones y propiedades emergentes dentro de relaciones causales entre los elementos más simples de las tramas naturales (Lewontin et al., 1987). Esta operación desarticula gran parte de los procesos, separando los sociales, de los biológicos, pues son comprendidos como niveles de análisis distintos.

Por otro lado, destaca es el uso de una racionalidad instrumental. Parafraseando a Max Horkheimer, esta forma de racionalidad ha centrado su capacidad explicativa en el desarrollo tecnológico enfocándose en cumplir objetivos y fines particulares, sin considerar los medios por los cuales se logran, lo que ha causado la deshumanización de los sujetos, amenazando así su autonomía (Horkheimer, 2010). Esta forma de operar el mundo es típica del sistema capitalista y de sociedades profundamente desiguales como las latinoamericanas, donde se producen gran cantidad de conflictos éticos, que, al no considerar las experiencias de las comunidades y personas, incurre en abusos sistemáticos en general y en este caso bajo el argumento de, por ejemplo, disminuir las tasas de muerte gestacional. En definitiva, la técnica y la razón se constituyen como el principal elemento explicativo de la acción, un elemento tiránico, y totalizante, cuyo objetivo es el control, no sólo del hombre, sino también de la naturaleza.

Herramientas conceptuales de la corriente biomédica. Redes causales y riesgo

Conceptualmente se distinguen dos elementos claves en la visión Biomédica. El primero es la noción de red causal y el segundo es el factor de riesgo. Podemos decir que la visión de *The Lancet*, rescata ambos elementos. El artículo de Lawn et al. (2016) publicado en esta revista, justifica las bondades de observar la muerte gestacional desde la visión factorial, que se deriva de las que propone la Organización Mundial de la Salud, quienes definen “Un factor de riesgo es cualquier atributo, característica o exposición de una persona que aumenta la probabilidad de desarrollar una enfermedad o lesión” (OMS, 2017 citado en Dovjak y Kukec, 2019). En relación a la muerte gestacional, el artículo publicado por Lawn et al. (2016) realiza un análisis bibliográfico con la intención de identificar los factores descritos por la literatura científica, donde el concepto de riesgo considera dos categorías, a) factores maternos, donde incluyen los relacionados con elementos demográficos, fertilidad, infecciones, nutrición, estilos de vida, enfermedades no comunicables, y ambientales, y b) la categoría factores fetales, que agrupa elementos como, el sexo, la edad gestacional, anomalías congénitas y la enfermedad del factor RH.

Basados en esta construcción conceptual de los factores de riesgo, a continuación, se sintetizan algunos de los resultados producidos por esta corriente en relación con la salud de la población.

En 2015, hubo en el mundo aproximadamente 2.6 millones de muertes, las que se han reducido más lentamente en algunos casos que en otros. Por ejemplo, la tasa de muerte de menores de 5 años se ha reducido de 90 a 43 por cada mil nacidos

vivos entre 1990 y 2015; la tasa de muerte materna ha disminuido de 380 por cada cien mil nacidos vivos en el año 1990, a 210 por cada cien mil nacidos vivos en el año 2013, con una reducción de 45%. Tanto la muerte de menores de cinco años, como la muerte materna se incluyen dentro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Sin embargo, la Muerte gestacional que no se incluye dentro de estos objetivos, pareciera ser una de las probables razones por la que algunos gobiernos no las contabilizan o no las investigan (Lawn et al., 2016).

En un resumen ejecutivo publicado el año 2016 se menciona que un 98% de las muertes intrauterinas ocurre en países de renta baja o media, y 1.3 millones (la mitad de las muertes) ocurren durante el parto y al momento de nacer. También se menciona que muchas de estas muertes son causadas por condiciones prevenibles, como infecciones maternas, enfermedades no contagiosas y/o complicaciones obstétricas, además de malformaciones congénitas, y dentro de estas algunas también son prevenibles (The Lancet, 2016).

Otro artículo de la misma serie Joy Lawn et al. realiza el ejercicio de observar dónde ocurren estas muertes, cuándo y por qué ocurren. De las 2.6 millones muertes anuales ocurridas durante el tercer trimestre de gestación un 55% ocurren en familias rurales del África subsahariana y el sur de Asia, donde la asistencia especializada y las cesáreas son mucho menos usuales que en las áreas urbanas. En Finlandia, por ejemplo, las muertes fetales intrauterinas tienen una tasa de 2 cada mil nacidos vivos, mientras que en Nigeria la tasa es de 40 por cada mil nacimientos. 1.19 millones de muertes ocurren durante la labor de parto, 1.46 ocurren antes del parto. Entre las causas, explican las dificultades para su estudio, entre otros, que a

nivel internacional existen más de 35 sistemas de clasificación diferentes para estas muertes, por lo que los datos son difíciles de obtener y de comparar. Sin embargo, existe bastante consenso en que las cinco causas principales se deben a complicaciones del parto, infecciones maternas durante el embarazo, afecciones maternas, especialmente hipertensión; restricción del crecimiento fetal; y anomalías congénitas. Para América Latina y el Caribe la tasa de mortalidad fetal se ha estimado en 9.4 por cada mil nacidos vivos, donde de ellas, un 28% ocurre en un contexto rural, de manera similar a lo que ocurre en regiones desarrolladas con un 22% de las muertes (Lawn et al., 2011).

Joy Lawn et al. (2011) señalan que el resultado del embarazo está estrechamente relacionado con las condiciones de riesgo de la madre, particularmente en el caso de la restricción del crecimiento fetal, una patología frecuentemente asociada a la hipertensión. Otras condiciones maternas que se vinculan con la muerte gestacional incluyen la diabetes y la hipertensión, comunes en muchos países. Además, en algunas regiones, enfermedades como la sífilis, la malaria y las infecciones por VIH son factores relevantes. En países de ingresos medios, bajos y altos, el tabaquismo y la obesidad también son factores importantes para considerar. Finalmente, Las autoras destacan la importancia de la escolaridad y el nivel socioeconómico de la madre como factores de riesgo adicionales.

También en *The Lancet*, Flenady et al. (2011) analizan los resultados de muerte gestacional de países de ingreso alto. Esta revisión sistemática incluyó 96 artículos de cinco países, y se reportan como factores de riesgo: sobrepeso materno y obesidad: el índice de masa corporal por sobre 25 kg/m² fue el factor de riesgo modificable con mayor peso en el modelo, entre 8 y 18%, contribuyendo con un total de 8.000 muertes en mayores

de 22 semanas de gestación; edad materna avanzada (más de 35 años) reveló una influencia entre 7 y 11% (4.200 muertes al año); tabaquismo materno posee un peso de entre 4 y 7% (2.800 muertes al año) y en poblaciones vulnerables este factor podría alcanzar el 20%; finalmente, ser madre primeriza tiene un peso de 15%. Desde el punto de vista médico los factores de riesgo serían: bajo tamaño con relación a la edad gestacional (25%); desprendimiento de placenta (15%); preexistencia de hipertensión (6.9%); preexistencia de diabetes (4.7%).

Un elemento para considerar es el mencionado por Ricardo Ayres, quien menciona que el concepto de riesgo, a mediados del siglo XX, adquiere una noción probabilística, de naturaleza causal, lo que es, a todas luces reduccionista e inferencial, pues se liga lo posible a lo probable, lo muestral a lo poblacional, y todo lo anterior al nivel individual (Ayres, 2005).

Una de las dificultades que enfrentaron los artículos de *The Lancet* fue la clasificación de la muerte gestacional. Algunos de los artículos consideraron la muerte gestacional desde la semana 22, otros desde la semana 28, incluso un estudio consideró desde la semana 40. Esta observación refleja la dificultad para comparar investigaciones y construir datos, tanto a nivel local, como de países. En la discusión, Flenady et al. (2011), proponen que la obesidad lejos de ser un factor exclusivo de los países de ingreso alto es un factor presente en el mundo entero. Sobre esto afirman una relación causal entre la obesidad y varios resultados obstétricos indeseados. Mientras que en relación con la edad gestacional de la madre (mayor a 35 años) afirman que es un riesgo asociado a la obesidad, lo que aumenta el riesgo de diabetes, infertilidad, motivando el uso de tecnologías reproductivas. También se menciona que en los países de ingreso

alto hay poblaciones de mujeres con desventajas, las que tienen mayor riesgo de muerte gestacional. Agregan que los Estados deberían desarrollar programas que motiven a dejar el hábito de consumo de tabaco durante el embarazo y mejorar el acceso a atención prenatal para disminuir las brechas. Los autores llaman a mejorar las oportunidades de las mujeres en materia de educación y empleo (Flenady et al., 2011).

En el tercer artículo de la serie de *The Lancet* publicado por Alexander Heazell et al. (2016), se hace énfasis en las consecuencias de la muerte gestacional, y su impacto en los padres, las familias, proveedores de salud, y a la sociedad en su conjunto, con costos directos, indirectos e intangibles. El objetivo de cuantificar las pérdidas es poder compararlas con los costos de intervención política para prevenir o aminorar los efectos negativos de la pérdida (Heazell et al., 2016).

En América Latina la visión biomédica ha sido replicada e implementada. El año 2017 en Chile se realizó un estudio de caso con cuatro mujeres, que explora la relación entre la obesidad y la muerte gestacional, con un enfoque histológico y de marcadores biológicos como la apelina y leptina que regulan el tono vascular placentario (Ovalle et al., 2017), el artículo muestra a través de resultados morfológicos placentarios que la obesidad afecta el desarrollo de la placenta.

En Cartagena, Colombia, otro estudio entre los años 2012 y 2014 que incluyó 458 casos de muerte gestacional, destaca que las principales causas fueron insuficiencia placentaria (44,7%), alteraciones del líquido amniótico (18,6%), causas maternas (12,8%) y causas fetales (12%), mientras que un 2,8% fueron inexplicables. El objetivo de este estudio fue poner a prueba un instrumento para clasificar los fetos muertos a partir de la

semana 22, demostrando un 97% de efectividad (Alvis-Estrada, 2016).

En México el enfoque biomédico también ha producido resultados. En 2015 un estudio analizó los certificados de nacimiento y defunción entre el año 2008 y el año 2012, enfocándose en las muertes producidas por malformaciones congénitas, las que, de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Revisión (CIE-10), representan un 79,68% del total de muertes fetales en México. Los cinco estados con mayor tasa de muerte gestacional por malformaciones congénitas fueron; Aguascalientes (44,5 por cada 10.000 nacidos vivos), Tlaxcala (27,7 por cada 10.000 nacidos vivos), Querétaro (27,3 por cada 10.000 nacidos vivos), Distrito Federal (24,6 por cada 10.000 nacidos vivos), Guanajuato (24,0 por cada 10.000 nacidos vivos) (Canún Serrano et al., 2015).

El año 2017 en una carta al editor, la revista Salud Pública de México, publicó un resumen de los resultados de un estudio aplicado en el Hospital Mónica Petrelini, en Toluca, Estado de México. En este artículo se analiza una condición de embarazo específica, la llamada Ruptura Prematura de Membrana (PROM, por su sigla en inglés); concluyen que una dieta baja en vitamina C podría causar anomalías a nivel del colágeno, una molécula relevante en la constitución y mantención de la membrana corioamniótica. Mencionan que el nivel socioeconómico se ha considerado como una variable relevante en estudios anteriores, sin embargo, esta diferencia no se ha observado en México, por lo que no se consideró la variable para evitar las posibles confusiones (Hernandez-Garduño y Meneses-Calderón, 2017).

Corriente de la Medicina Social y la Salud Colectiva Latinoamericana

Esta corriente posee una forma particular de comprender las desigualdades en salud a partir de las características de la sociedad, desarrollando un marco teórico que se enfoca en las determinaciones sociales de la salud, las que se consideran como producto del devenir histórico de las comunidades, en cuyo proceso de corto, mediano y largo plazo se crean, transforman e intercambian productos de la actividad humana, materiales o simbólicos (Granados et al., 2019). Esta concepción socio histórica, requiere del reconocimiento y análisis específico de las estructuras sociales que determinan las formas de organización de la sociedad en un momento determinado, para la comprensión de los procesos sociales a nivel macro, meso y micro (singular). Destacamos el reconocimiento de las características de las macro estructuras de la organización económica de la sociedades capitalistas caracterizadas por la expropiación del excedente y, actualmente en su versión neoliberal la que se sustenta en la explotación de la naturaleza incluidos los hombres y mujeres, acompañadas por Estados y formas de organización política, legal, ideológicas y culturales, las que buscan someter las identidades y diversidades culturales, de vida ancestrales y las actuales en el capitalismo a condiciones degradantes y subordinación a las clases subalternas, a la dominación sexista del patriarcado y al dominio territorial y cultural de las etnias en sus territorios, creando límites a la vida social, biológica y natural con la organización de resistencias al orden establecido (Tetelboin, 2015). El campo de la salud y las formas de resolución de sus problemáticas, desde las condiciones de salud, enfermedad y atención, están igualmente determinadas. Desde la perspectiva de la MSySCL las formas

de explotación se vinculan directamente con la producción y la productividad.

Por otro lado, en el marco de lo simbólico, esta corriente busca conocer la forma en que las colectividades y los individuos crean significados acerca de la salud, los que se manifiestan en prácticas, las que, al articularse con las condiciones de vida producidas por las formas de organización social construyen los modos de vida (González-Guzmán, 2009).

Una característica adicional, es que la MSySCL posee un fuerte compromiso ético (Morales-Borrero et al., 2013), lo que se traduce en un diseño investigativo guiado por la necesidad de dar voz a un grupo de mujeres silenciadas, en nuestro caso, mujeres que cursaron un evento de muerte gestacional. Además, es necesario precisar que cuando usamos la categoría mujeres no nos referimos a identidades singulares, si no, más bien, a un grupo heterogéneo de personas, y no a una categoría homogénea.

Finalmente, podemos mencionar que la visión de la corriente biomédica se caracteriza por su enfoque funcionalista y pragmático. Este enfoque ha impactado negativamente en la sociedad, acelerando la economía, produciendo con esto, condiciones de vida y relaciones sociales insanas (Breilh, 2010).

Los elementos antes mencionados nos llevan a proponer una visión compleja de la muerte gestacional, abordando elementos que rodean las vidas de las mujeres que cursan este tipo de eventos.

Herramientas conceptuales de la Medicina Social y la Salud Colectiva. La Determinación Social de la Salud

La principal herramienta teórica, metodológica y ética de la MSySCL es la determinación social de la salud. Este concepto se ancla en dos observaciones empíricas que tienen valor teórico/metodológico, la primera es la dualidad del Proceso Salud Enfermedad Atención (PSEA), en otras palabras, la salud se comprende como un proceso biológico y social (Laurell, 1982), donde lo biológico se ve subsumido por lo social (Samaja, 2004). La segunda observación es que el PSEA en las sociedades, está ligado a las dinámicas productivas de éstas, entonces, este proceso es profundamente histórico y particular para cada sociedad (Eslava-Castañeda, 2017). Es por lo anterior que la determinación se convierte en un sinónimo de devenir histórico, o de modo de devenir (Bunge, 1972), a través del cual las personas y poblaciones, cursan procesos biológicos en contextos sociales particulares que no pueden ser desmembrados en pro de la causalidad unidireccional (Breilh, 2013).

Desde la MSySCL se cuestiona el concepto de factor de riesgo, utilizado por la biomedicina, para la cual los fenómenos de la salud se explican por dicho concepto, el que aun en la versión ampliada de sus objetos conceptuales y bajo la condición de su cuantificación (Ayres, 2005), sitúa el problema fundamental en que los factores de riesgo no poseen un peso específico en la ocurrencia del fenómeno a estudiar, ni tampoco guardan relación con las condiciones de salud en general y específicamente de las mujeres y su situación en torno al embarazo, parto y puerperio. Podemos mencionar, además, que reduce el espacio público de la salud al nivel micro, o individual (Ayres,

2005). Desde esta interpretación causal, la muerte gestacional, se incluye en un campo formalizado, el que puede reducirse en operaciones matemáticas complejas, cuyos resultados concluyen en una comprensión empirista y reduccionista a factores descriptivos inmediatos de los fenómenos del espacio público como se aprecia de manera representativa en los artículos de *The Lancet* referidos.

Una tercera herramienta conceptual para comprender la visión de la MSySCL proviene del sociólogo Pierre Bourdieu, quien desarrolla la teoría de la reproducción social, vinculada a conceptos como *habitus* y campo social. El autor se propone responder preguntas del tipo ¿cómo es posible que este mundo perdure en términos temporales? Y ¿cómo es posible que el orden social y las relaciones que componen este orden, se perpetúen?, el autor, en la obra *El Sentido Práctico* (Bourdieu, 2019), supera el antagonismo de dos grandes constructos o modos de pensar: el subjetivismo, que se propone como una fenomenología social, es decir que busca reducir a fenómenos individuales o a experiencias fenómenos sociales complejos (como la relación sujeto-estructura). En palabras del autor, la subjetividad “...tiene por objeto reflexionar sobre una experiencia acerca de la cual, por definición, no se reflexiona” (Bourdieu, 2019, pág. 44). Es, en otras palabras, un subjetivismo que no puede ir más allá de una descripción, en tanto que esta visión no considera las “condiciones de posibilidad”, es decir la forma en que se conjugan las estructuras objetivas (por ejemplo, las instituciones), y las estructuras incorporadas. El segundo modo de pensar cuestionado por Bourdieu es el objetivismo, el que se manifiesta como una física social. Su objetivo (similar al positivismo lógico del círculo de Viena) es descubrir las regularidades objetivas que gobiernan a las estructuras, los sistemas de relacio-

nes, sin considerar las conciencias individuales. La propuesta bourdeana recoge elementos de ambos modos de conocer, rescata la experiencia subjetiva del individuo, pero como un elemento que está íntimamente relacionado con las estructuras, y su constante evolución. Es por eso por lo que la autora y traductora al español de Bourdieu, Alicia Gutiérrez clasifica la posición del autor como “Estructuralismo Genético” (Gutiérrez, 2005), una posición eminentemente relacional, que en palabras de la autora se expresa como:

Pensar relacionamente es centrar el análisis en la estructura de las relaciones objetivas -lo que implica un espacio y un momento determinado- que determina las formas que pueden tomar las interacciones y las representaciones que los agentes tienen de la estructura, de su posición en la misma, de sus posibilidades y de sus prácticas (Gutiérrez, 2005, p. 22).

En tal sentido, nos interesó en este trabajo, rescatar la teoría de la reproducción social de Bourdieu como una forma de abordar las relaciones sociales entre agentes y entre agentes y estructuras, así como el movimiento que ambos realizan frente a distintos eventos coyunturales de salud, como es el caso de la muerte gestacional.

El concepto de campo social el que, según Bourdieu, nos permite concebirlos como espacios de disputa, apegados a una visión conflictual y crítica de los espacios en los cuales se producen los diversos procesos sociales, incluidas las muertes gestacionales. El concepto de campo es indisociable de los conceptos de capital y *habitus*. Entonces, el campo es el espacio social, el lugar donde los actores realizan acciones con el fin de influir sobre otros actores. El objetivo de los actores, en los campos, es acumular ciertas formas de capital.

Bourdieu define capital más allá de la visión economicista y funcionalista de inversiones monetarias realizadas por actores o instituciones, sino más bien, entiende el capital como recursos que movilizan los actores en contextos específicos, mientras que el *habitus* se refiere a una estructura estructurada y a su vez estructurante, y es dentro de estas estructuras en la cual se heredan diversas formas de pensar y actuar sobre el mundo (Bourdieu, 2011).

Es en este juego de acumulación de capital, donde las personas se posicionan dentro del campo social, excluyendo a sujetos/as que no comparten sus ideas o, incluso, instituciones que no comparten sus visiones del mundo. La perspectiva del estructuralismo genético de Bourdieu se conjuga de forma epistemológicamente coherente con la visión de la MSySCL (Duarte Nunez, 2010).

Ya hemos revisado las herramientas conceptuales de la MSySCL, ahora revisaremos algunos datos donde se discuten las condiciones de las mujeres en general, y en particular en la Ciudad de México, en el campo laboral, familiar y de los servicios de salud.

La situación de las mujeres en el campo laboral

En un informe elaborado por la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) de la Ciudad de México (2018) con relación a la participación de las mujeres en el mercado laboral, se afirma que las mujeres ven vulnerados sus derechos a un salario igualitario con relación a los hombres, recibiendo menor salario por el mismo trabajo. El 78.5% de las mujeres ocupan puestos de trabajo en sectores de bajos salarios. Las mujeres que participan en el sector terciario tienen un salario

promedio de 37.7 pesos por hora trabajada, mientras que los hombres reciben 40.6 pesos por el mismo tiempo de trabajo. En el sector secundario la diferencia se agudiza, pues las mujeres reciben un salario de 28.5 pesos por hora trabajada, contra 35.2 pesos para los hombres. En relación con la formalidad del trabajo, las mujeres son más propensas a trabajar en la informalidad (empleo no agrícola) con un 56.3%, mientras que los hombres en un 49.2% (Comisión Nacional de Derechos Humanos, 2018).

La desigualdad en el trabajo es un elemento que ha marcado las vidas de las poblaciones femeninas en México, expresándose tanto en el trabajo doméstico no remunerado como en el extra doméstico. Para Orlandina De Olivera y Marina Ariza el hecho que la mujer haya sido históricamente relegada a la esfera del trabajo doméstico no remunerado es una forma de exclusión social, la que les ha impedido el acceso al trabajo extra doméstico. Las autoras mencionan que el concepto de exclusión es útil en este caso, pues han sido excluidas de la participación en la sociedad, con consecuencias como una baja participación en la actividad económica tanto en México como en Ciudad de México. El concepto de exclusión es, para las autoras, eminentemente procesual y multidimensional, pues radica en las formas de relación social entre individuo y Estado, y entre Estado y sociedad civil, que paulatinamente ha ido aislando a las mujeres, en un fenómeno estructural más que casuístico. También consideran, dentro de este proceso de exclusión, el mosaico género, clase social y etnia, lo que impacta sobre el trabajo doméstico no remunerado, tanto como el extra doméstico, actividades asalariadas y por cuenta propia, de tiempo parcial y completo (De Oliveira y Ariza, 2000).

La situación de las mujeres en el campo familiar

El segundo campo lo compone la relación de las mujeres con sus familias en general, especialmente durante el embarazo. Esta relación ha sido estudiada desde distintas perspectivas, sin embargo, nos interesa realizar una aproximación cualitativa, basada en las experiencias de las mujeres, así como en las significaciones que le otorgan a ciertos temas y realidades que rodean a sus vidas, al embarazo y a la muerte gestacional.

Una perspectiva importante es la que viven las madres solteras, las que según informa un estudio publicado en 2015 por María de Lourdes Femat González, citando estadísticas del Instituto Nacional de Estadística y Geografía, menciona que el 13.7% de las mujeres que son jefa de un hogar monoparental declararon ser solteras, con edades que oscilan entre los 15 y 24 años; la mitad de ellas tuvieron su primer embarazo siendo solteras y el 16% de ellas sigue siendo soltera antes de que su hijo cumpla los 5 años. La parte cualitativa del estudio se realizó con diez mujeres que vivían en el municipio de Iztapalapa, y sus resultados arrojan varios conceptos reveladores, como el de “maternidad”, donde la identidad de mujer se encuentra definida a partir de la posibilidad de ejercer el rol materno. Por otro lado, el concepto “familia” descrita con la composición tradicional de: padre, madre e hijos, es entendida como lo normal, es ahí donde se enfrenta sus expectativas con la realidad (Femat González, 2015). En otras palabras, el ejercer el rol de madres siendo solteras presiona sus subjetividades, las que se asocian a una visión tradicional de familia.

Otra investigación, fue realizada con entrevistas a jóvenes que fueron madre cuando tenían entre 17 y 20 años, sus resultados coinciden con la inves-

tigación antes descrita. Se observa la realización del mandato de ser madre el que, a pesar de ser un evento no buscado voluntariamente, sin embargo, la maternidad les entrega la certeza de un lugar en la sociedad, la posibilidad de obtener visibilidad y reconocimiento (Rojas Elena, 2018). El artículo también cuestiona la falta de oportunidades laborales y educativas que ofrece la sociedad a estas mujeres.

La situación de las mujeres en el campo de los servicios de salud

El tercer campo de interés lo conforman las mujeres en relación con los servicios de salud. Esta interacción posee una arista de investigación bien definida, y que tiene una amplia cantidad de información disponible tanto en México como en América Latina. De acuerdo con lo mencionado por Verdugo y Salinas (2018), el fenómeno de la Violencia Obstétrica fue definido en 1993 por la Organización de las Naciones Unidas como toda forma de violencia que se sustenta en la pertenencia al sexo femenino, que tenga o que pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico, también se incluye toda forma de coerción, amenazas o privación de la libertad.

Verdugo y Salinas realizan un estado del arte sobre la situación de la Violencia Obstétrica en América Latina y México. Entre sus conclusiones destaca la subordinación de las mujeres en el campo de la salud, donde el saber médico regula, controla y determina qué es lo normal o patológico. El enfoque biopolítico resulta particularmente interesante, pues describe la relación desigual de poder entre las mujeres y el conocimiento biomédico, así como las acciones que ejerce el personal de salud para lograr la subordinación de las mujeres, desplazándolas del rol protagónico que deberían jugar en el proceso del embarazo. Para ellos

es, en esta forma de violencia, que se cristalizan las relaciones de poder, la cultura médica hegemónica, la discriminación y la desigualdad social (Verdugo Torres & Salinas Urbina, 2018). En este campo, Roberto Castro y Joaquina Erviti mencionan que entre los años 2000 al 2012 la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, registró la mayor cantidad de denuncias en el ámbito ginecológico y obstétrico, contabilizando 2877 (Castro y Erviti, 2014). En consecuencia, la Revista Género y Salud en Cifras menciona que la violencia obstétrica es una forma de violencia de género, y de la misma forma que se percibe a la mujer en la sociedad, se percibe en el campo médico, es decir se percibe como un sujeto que puede ser abusado, y donde las consecuencias de ese abuso no serán recibidas. A este fenómeno lo denominan violencia institucionalizada en la salud reproductiva, y es la extensión de la cultura patriarcal que se establece como un orden social y cultural, donde los hombres pueden decidir sobre los cuerpos de las mujeres, y en esta tarea cuentan con enfermeras, médicas, y personal no médico femenino, como sus aliados. Es entonces que se menciona la triada, violencia obstétrica, violencia institucional y violencia patriarcal (Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, 2001).

Conclusiones

Al comparar la visión biomédica con la de la MSySCL, encontramos diferencias conceptuales, metodológicas y éticas importantes en torno a las concepciones de la explicación de la producción de los fenómenos de la salud en general, y en particular en el caso de la muerte gestacional.

Situados desde esta perspectiva crítica, el giro que se propone requiere observar las vidas de las mujeres que cursan un evento de muerte gestacional, a través del acercamiento empírico de la

conceptualización de las dimensiones determinantes de las vidas de las mujeres, lo que permite comprender a fondo la producción de este evento que contiene elementos estructurales y singulares de sus vidas. Este giro, es guiado, además, por un compromiso ético y político para conocer y transformar estas realidades junto con las poblaciones, especialmente las excluidas socialmente.

Organizaremos nuestras conclusiones en tres puntos, el primero relacionado con un elemento conceptual obviado por la visión biomédica, los campos sociales. El segundo punto se vincula con la importancia de las políticas públicas, y el tercer punto relacionado con la violencia estructural como un elemento crítico de la determinación social de la muerte gestacional.

Sobre los campos sociales

No podemos analizar los campos sociales como entidades ontológicas independientes, los comprendemos más bien, como campos de intersección socialmente determinadas, es decir, atravesados por ejes culturales y normativos determinados y determinantes, que impactan en la salud de las mujeres. Esto se observa en todos los campos.

Desde un enfoque biomédico, el análisis suele ser descriptivo y se limita a los factores de riesgo, sin considerar la historia de las personas y las colectividades. Aunque esta perspectiva contribuye con conocimiento valioso, su alcance es restringido y no permite una comprensión integral y holística de la problemática que nos ocupa. Al observar la experiencia de mujeres que atraviesan la muerte gestacional en distintos contextos sociales, es posible reconstruir sus historias, relacionarlas con ámbitos de acción esenciales y comprender las complejas redes en las que estos eventos tienen lugar. Además, el enfoque de la MSySCL facilita

la identificación de las diversas formas de violencia a las que estas mujeres están expuestas.

Políticas públicas

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) propuestos por la Organización de Naciones Unidas en 2015 son un instrumento crucial de políticas públicas que buscan abordar problemas globales. Estos objetivos son especialmente relevantes para nuestro enfoque, ya que abordan las condiciones en las cuales las mujeres cursan sus embarazos. Por ejemplo, el Objetivo 1 propone el fin de la pobreza, el Objetivo 3 promueve la salud y el bienestar, y el Objetivo 5 aboga por la igualdad de género. Estos objetivos guían a los distintos países miembros de la ONU en la creación de políticas públicas que mejoren las condiciones de vida y salud de las mujeres.

Desde la visión biomédica, a menudo se pierde el enfoque en los procesos políticos, económicos y culturales que movilizan a las sociedades en la creación de políticas públicas. Estos procesos son fundamentales para abordar y erradicar toda forma de violencia hacia las mujeres en los distintos espacios en que participan, tanto públicos como privados. La MSySCL, en contraste, reconoce la importancia de estos contextos y promueve un

enfoque integral que considera las desigualdades estructurales y las dinámicas de poder que afectan la salud de las mujeres. Así, los ODS no solo proporcionan un marco para la acción, sino que también resaltan la necesidad de una perspectiva holística que integre la justicia social en la formulación de políticas públicas.

La violencia estructural como determinación social de la muerte gestacional

Ampliando el análisis de la muerte gestacional, podemos observar la violencia obstétrica como fenómeno, se podría argumentar que la muerte gestacional no es solo el resultado de interacciones violentas durante la atención prenatal, y al momento del parto, sino también es parte de una violencia estructural que atraviesa todo el proceso de embarazo. Esta violencia estructural se manifiesta en la falta de acceso a cuidados adecuados, la discriminación y la precariedad laboral, todas formas de opresión que afectan de manera diferenciada a mujeres de distintas clases sociales y etnias más desfavorecidas. Esta conclusión es observable a través del análisis que realizamos de los campos sociales, comprendiendo que en estos espacios se dan dinámicas relacionales marcadas por diferencias de distintos tipos de capital, a saber, simbólico, económico y cultural entre otros.

Referencias bibliográficas

- ALVIS-ESTRADA, L. (2016). “Identificación de las causas de muerte fetal en una institución hospitalaria de atención materna de Cartagena, Colombia”, 2012-2014. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 187-196.
- AYRES, J. (2005). *Acerca del riesgo: Para comprender la epidemiología*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- BOURDIEU, P. (2011). *Las estrategias de la reproducción social*. Argentina: Siglo XXI.
- BOURDIEU, P. (2019). *El sentido práctico*. Ciudad de México: Siglo XXI.
- BREILH, J. (2010). “Las tres ‘S’ de la determinación de la vida*: 10 tesis hacia una visión crítica de la 10 tesis hacia una visión crítica de la. Rediscutiendo a ques do da determinando social da saúde” (págs.

- 87-125). Bahía-Brasil: CBES.
- BREILH, J. (2013). “La determinación social de la salud como herramienta de ruptura hacia la nueva salud pública (salud colectiva)”. UASB-Digital, 1-45.
- BUNGE, M. (1972). *Causalidad, El principio de causalidad en la ciencia moderna*. Buenos Aires: EUDEBA.
- CANÚN SERRANO, S., NAVARRETE HERNÁNDEZ, E., REYES PABLO, A. Y VALDÉS HERNÁNDEZ, J. (2015). Prevalencia de malformaciones congénitas de herencia multifactorial de acuerdo con los certificados de nacimiento y muerte fetal. México, 2008-2012. Boletín Médico del Hospital infantil de México, 290-294.
- CASTRO, R. Y ERVITI, J. (2014). *25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México*. CONAMED, 37-42.
- CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA. (2001). Violencia Obstétrica. Género y Salud en Cifras, 1-72.
- COMISIÓN NACIONAL DE DERECHOS HUMANOS. (2018). Estudio sobre la igualdad entre hombres y mujeres en materia de puestos y salarios en la administración pública federal. Ciudad de México: CNDH y ODS-ONU.
- OLIVEIRA, O. DE Y ARIZA, M. (2000). *Género, trabajo y exclusión social en México. Estudios Demográficos Y Urbanos*, 15(1), 11-33.
- DOVJAK M. y KUKEC A. (2019) *Creating Healthy and Sustainable Buildings: An Assessment of Health Risk Factors*. Cham (CH): Springer.
- DUARTE NUNEZ, E. (2010). “Por una epistemología de la Salud Colectiva: los conceptos sociológicos”. *Salud Colectiva*, 11-19.
- ESLAVA-CASTAÑEDA, J. (2017). “Pensando la determinación social del proceso salud-enfermedad”. *Revista Salud Pública*, 396-403.
- FEMAT GONZÁLEZ, M. D. (2015). “Significados de la maternidad en madres solteras. En Familia y parentalidad: nuevas significaciones” (págs. 17-41). Ciudad de México: UAM-X, CSH, Educación y comunicación.
- FLENADY, V., KOOPMANS, L., MIDDLETON, P., FRØEN, F., SMITH, G., GIBBONS, K., . . . EZ-ZATI, M. (2011). “Major risk factors for stillbirth in high-income countries: a systematic review and meta-analysis”. *The Lancet*, 1331-1340.
- GONZÁLEZ-GUZMÁN, R. (2009). “La medicina social ante el reporte de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud, Organización Mundial de la Salud”. TEMAS Y DEBATES, 1-9.
- GRANADOS, J. A., ROSALES, R. A., Y MENDOZA, J. M. (2019). “Sobre el carácter complejo de la definición de salud”. En R. A. Rosales, J. M. Mendoza, & C. A. López, *Epistemología de la salud* (págs. 51-79). Ciudad de México: Universidad Autónoma de Ciudad de México.
- GUTIÉRREZ, A. (2005). *Las prácticas Sociales: una introducción a Pierre Bourdieu*. Córdoba: Ferreyra Ediciones.
- HEAZELL, A., SIASSAKOS, D., BLENCOWE, H., BURDEN, C., BHUTTA, Z., CACCIATORE, J., . . . DOWNE, S. (2016). “Stillbirths: economic and psychosocial consequences”. *The Lancet*, 1-13.
- HERNANDEZ-GARDUÑO, E. Y MENESSES-CALDERÓN, J. (2017). “Period prevalence and anthropometric predictors of premature rupture of membranes in Mexican women, 2009-2012”. *Salud Pública de México*, 1-2.
- HORKHEIMER, M. (2010). *Crítica de la razón instrumental*. Ciudad de México: Trotta Editorial.
- LAURELL, A. C. (1982). “La Salud-Enfermedad como proceso social”. *Cuadernos Médico Sociales*, 1-11.
- LAWN, J., BLENCOWE, H., PATTINSON, R., COUSENS, S., KUMAR, R., IBIEBELE, I., . . . STANTON, C. (2011). “Stillbirths: Where? When? Why? How to make the data count?”. *The Lancet*, 1448-1463.
- LAWN, J., BLENCOWE, H., WAISWA, P., AMOUZOU, A., MATHERS, C., HOGAN, D., . . . COUS-

- ENS, S. (2016). "Stillbirths: rates, risk factors, and acceleration towards 2030". *The Lancet*, 587-603.
- LEWONTIN, R., ROSE, S. Y KAMIN, L. (1987). *No está en los genes*. Ciudad de México: Crítica.
- MORALES-BORRERO, C., BORDE, E., ESLAVA-CASTAÑEDA, J. Y CONCHA-SÁNCHEZ, S. (2013). "¿Determinación social o determinantes sociales? Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas". *Revista de salud pública*, 797-808.
- OVALLE, A., BARRIGA, T. Y KAKARIEKA, E. (2017). "¿Se relaciona la obesidad en el embarazo con muerte fetal por insuficiencia placentaria?". *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 614-620.
- ROJAS ELENA, E. (2018). "Adolescentes, embarazo y maternidad". En A. Ortiz Tepale, & M. P. Femat González, Estudios de familias (págs. 163-174). Ciudad de México: Universidad Autónoma Metropolitana- Xochimilco.
- SAMAJA, J. (2004). *Epistemología de la salud*. Buenos Aires: Editorial Lugar.
- TETELBOIN, C. (2015), "Políticas sociales y de salud. Los momentos de las reformas en América Latina y los derechos ciudadanos", en Tetelboin C. y Granados JA (coords). *Debates y problemas actuales en Medicina Social. La salud desde las políticas y los derechos, el trabajo, la formación y la comunicación*. UAM-X, México, pp: 1-30.
- THE LANCET. (2016). "Acabando con las muertes intrauterinas prevenibles". *The Lancet*.
- VERDUGO TORRES, J. Y SALINAS URBINA, A. (2018). "La violencia obstétrica como un problema de estado: su presencia en las leyes latinoamericanas". En E. Jarillo Soto, & O. López Arellano, Salud Colectiva en México. Quince años del Doctorado en la UAM (págs. 17-41). Ciudad de México: Universidad Autónoma Metropolitana.
- VIVEROS VIGOYA, M. (2016). "La interseccionalidad: una aproximación situada a la dominación". *Debate Feminista*, 1-17.